

DETERMINANTES DA INADIMPLÊNCIA DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM RELAÇÃO AO RESSARCIMENTO AO SUS¹

DETERMINANTS OF HEALTHCARE PLANS OPERATORS' DEFAULTS IN REGARD TO THE REIMBURSEMENT TO SUS

Larissa Carvalho Santos

Bacharel em Ciências Atuariais (UNIFESP)
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
carvalho.larissa@unifesp.br

Roberto Bomgiovani Cazzari

Doutor em Ciências Contábeis (USP)
Universidade de São Paulo (USP)
roberto.cazzari@usp.br

RESUMO

Objetivo: O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) institui que sempre que um beneficiário de plano de saúde desfruta dos serviços do SUS, as operadoras devem arcar com esse ônus, ressarcindo o SUS - que destina o montante recebido ao Fundo Nacional de Saúde, gestor este que desempenha importante papel social no financiamento da saúde pública. Contudo, ao observar os números cobrados, denota-se um expressivo índice de inadimplência das Operadoras de Assistência à Saúde (OPS). Assim, dado o cenário, o presente trabalho teve como finalidade identificar quais são os fatores determinantes desta inadimplência.

Fundamento: O ressarcimento ao SUS é uma forma de mitigar o considerado “enriquecimento sem causa” das OPS. Complementarmente, trata-se de fonte de financiamento do SUS. Logo, o inadimplemento dessa obrigação das OPS possui um impacto social e econômico ao financiamento da saúde pública.

Método: Foi empregado um modelo logístico com o objetivo de identificar quais são as variáveis organizacionais e econômico-financeira capazes de explicar quais eram as características das OPS que explicavam a inadimplência junto ao ressarcimento ao SUS. A amostra fez um total de 637 OPSs para o ano de 2019.

Resultados: Os resultados obtidos indicaram que as Operadoras de Assistência à Saúde de grande porte (acima de 100.000 beneficiários) apresentaram maior probabilidade de inadimplir no ressarcimento junto ao SUS quando comparadas às demais.

Contribuições: Os resultados realçam a dimensão social e econômica associada ao problema, ressaltando que as OPS de grande porte estão contribuindo para o comprometimento do financiamento da saúde pública.

¹ Artigo recebido em: 16/03/2023. Revisado por pares em: 12/08/2023. Reformulado em: 13/11/2023. Recomendado para publicação: 29/01/2024 por Anna Paola Fernandes Freire (Editora Adjunta). Publicado em: 26/03/2024. Organização responsável pelo periódico: UFPB

Palavras-chave: Ressarcimento ao SUS. Operadoras de Assistência à Saúde. Inadimplência ao SUS.

ABSTRACT

Purpose: Reimbursement to the *Sistema Único de Saúde* (SUS) establishes that whenever a health plan beneficiary enjoys SUS services, the operators must bear this burden, reimbursing the SUS - which allocates the amount received to the *Fundo Nacional de Saúde*, manager which plays an important social role in financing public health. However, when looking at the numbers charged, there is a significant rate of default by Health Care Plan Operators (OPS). Thus, given the scenario, the purpose of this work was to identify the factors determining this default.

Foundation: Reimbursement to the SUS is a way of mitigating what is considered “unjust enrichment in OPS. Additionally, it is a source of financing for the SUS. Therefore, failure to comply with this OPS obligation has a social and economic impact on public health financing.

Method: A logistic model was used with the objective of identifying which organizational and economic-financial variables were capable of explaining which characteristics of the OPS explained the default in reimbursement to the SUS. The sample made up a total of 637 OPSs with data in 2019.

Results: The results indicated that larger health care plan operators (over 100,000 costumers) were more likely to default in the reimbursement with SUS when compared to the others.

Contributions: The results highlight the social and economic dimension associated with the problem, highlighting that large OPS are contributing to the compromise of public health financing.

Keywords: Reimbursement to SUS. Health Insurers. Debt to *Sistema Único de Saúde*.

1. INTRODUÇÃO

O estudo em questão tem como desígnio identificar quais são os determinantes por trás do índice de inadimplência das Operadoras de Assistência à Saúde (OPS) em relação ao Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal ressarcimento foi instituído no ano de 1998, por meio do artigo 32 da Lei nº 9656/98 e prevê que a partir da data referida, todo beneficiário de plano de saúde que usufruir dos serviços públicos, a operadora concernente deverá ressarcir o valor desse atendimento ao SUS, repondo os custos onerados do setor público com esse usuário. A medida é uma forma de mitigar o considerado “enriquecimento sem causa” dos planos de saúde, evitando um subsídio indireto de uma atividade privada e prezando pelo princípio da solidariedade, onde o custo é internalizado pela operadora através deste ressarcimento (Tibúrcio, 2011).

Outro importante ponto no ressarcimento, além do impedimento de enriquecimento é o de desincentivar os usuários de planos a utilizarem e “ocuparem” o sistema público, que já se encontra superlotado e deficiente de recursos, de modo a garantir que o subsídio do SUS se destine efetivamente à parcela da população que não possui acesso à saúde suplementar (Silva, 2013).

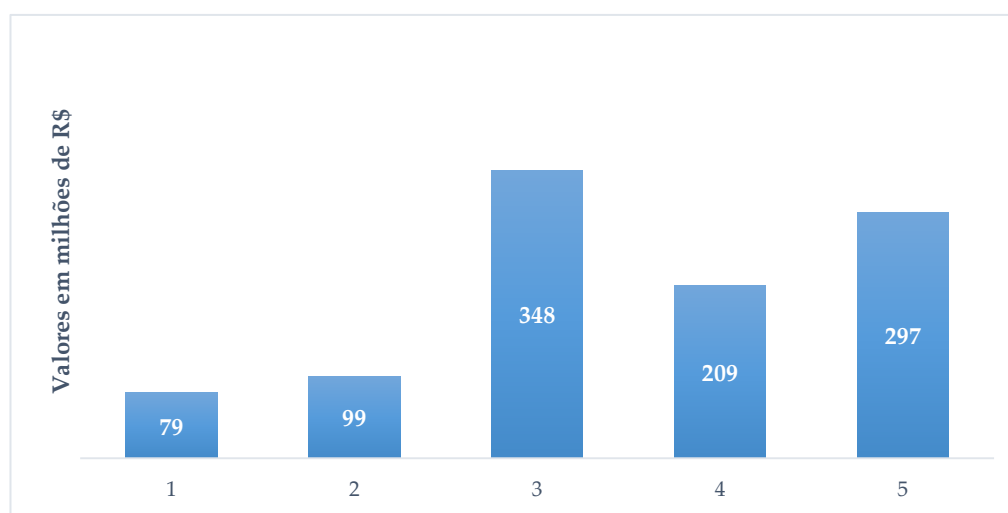
Contudo, apesar da compensação ter iniciado por meio da medida provisória nº 2.177-44 em 2001 e desde então já terem sido cobrados cerca de R\$ 9 bilhões das operadoras (ANS, 2023), existe uma volumosa parcela deste montante que ainda não foi paga.

O montante total e o aumento do valor inadimplido tornam o ressarcimento ao SUS um tema cuja discussão deve ser levantada, dado que o dinheiro não arrecadado deixa de ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), gestor financeiro do SUS, comprometendo seu financiamento. Logo, o inadimplemento em questão afeta diretamente o direito à saúde, e inevitavelmente acaba por reverberar à sociedade (Lopes, 2016). Complementarmente, tendo em vista que o SUS desde sua criação possui dificuldade de consolidação do seu financiamento (Couri,

2021), tem-se que o não pagamento gera um dano social e causa um desequilíbrio financeiro entre a saúde pública e a suplementar (Costa, 2018).

Além de comprometer o financiamento ao SUS, o não pagamento por parte das OPS pode resultar em inscrição em dívida ativa na Agência Nacional de Saúde (ANS) e inserção no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN). Em casos mais extremados, pode inclusive conduzir à liquidação extrajudicial da OPS (Resolução Normativa nº 522 de 2022 da ANS). Historicamente, o ressarcimento já encaminhou para dívida ativa mais de R\$ 1,89 bilhão, sendo 45% deste valor encaminhados somente nos anos mais recentes, de 2020 a 2022 (ANS, 2023).

Figura 1 – Encaminhamento para inscrição de dívida ativa – 2018 até 2023



Fonte: ANS (2023)

Como forma de transparência e monitoramento do ressarcimento ao SUS, a ANS publica mensalmente a evolução dos pagamentos pontuando as operadoras através do Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS. Este processo permite vislumbrar de forma nítida o déficit milionário de numerosas operadoras para com a instituição. Em dezembro de 2019, da totalidade cobrada somente 44,08% havia sido pago, resultando em mais de R\$3 bilhões de reais pendentes pagamento, provando que a efetividade e tempestividade da medida é questionável, já que o número de Operadoras adimplentes é pequeno se comparado a todo o resto da amostra.

Diante deste cenário, este trabalho buscou responder a seguinte questão de pesquisa: quais são as características organizacionais e econômico-financeiras das OPS que são capazes de explicar a inadimplência das operadoras em relação ao ressarcimento ao SUS?

Para tanto, testou-se um conjunto de variáveis que pudessem explicar o referido fenômeno. Estas foram divididas em variáveis organizacionais (modalidade, porte, região de sede e de comercialização) e econômico-financeiras (liquidez, estrutura de capital, rentabilidade e estrutura de custos). Os dados se referiram ao ano de 2019. Por opção metodológica, optou-se por não incluir os anos sob o efeito da pandemia de Covid, dado que este período teve importante impacto sobre a utilização do SUS e em 2020, com a suspensão ou adiamento de atendimentos eletivos e redução da demanda causada pelo isolamento social (ANS, 2023). Logo, a inclusão deste período poderia enviesar os achados, na medida em que a excepcionalidade inerente à pandemia de Covid poderia conduzir à não discriminação adequada do perfil das OPS que já vinham inadimplindo frente às demais.

O trabalho se encontra estruturado da seguinte maneira: inicialmente, discorre-se sobre o marco regulatório bem como à revisão de literatura associada à questão. Posteriormente, são abordados os procedimentos metodológicos e a respectiva análise e discussão de resultados. A pesquisa é encerrada com suas considerações finais.

2. MARCO REGULATÓRIO E REVISÃO LITERÁRIA

2.1. SUS

O Sistema Único de Saúde ou apenas SUS, é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, que garantido pela Constituição Federal de 1988, tornou o acesso a saúde um direito de todo o cidadão, explicitando a universalização desse direito, dado que antes, apenas trabalhadores com carteira assinada tinham acesso por serem vinculados à previdência social (Ministério da Saúde, 2019). Assim, com exceção dos indivíduos que tinham condições financeiras de ter um plano de saúde, todo o restante da população que não contribuía à previdência ficava marginalizado do sistema, não tendo acesso aos benefícios advindos da saúde pública.

O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, cuja responsabilidade de financiamento é comum aos três níveis de governo – federal, estadual e municipal. Este é pautado na lei nº 141/2012 que determina que os estados devem investir no mínimo 12% e os municípios 15% das suas receitas por meio de arrecadações de impostos, em ações e serviços públicos de Saúde, ao passo que a União aplicará no mínimo o mesmo montante do exercício anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

O Ministério da Saúde cuida da gestão federal da saúde e é quem formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações articuladas com o Conselho Nacional de Saúde (CONSU), sendo que metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública é custeado por ele, e os Estados e Municípios contribuem com a outra metade dos recursos. Quanto aos Estados, cada um possui sua secretaria específica para a gestão da saúde, coordenando e planejando o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Já os municipais devem aplicar os recursos próprios e os repassados pela União e Estados formulando suas próprias políticas de saúde (Ministério da Saúde, 2019).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), 71,5% da população brasileira não tinha acesso a saúde suplementar, indicando a forte dependência da população aos serviços públicos. Complementarmente, o Brasil possui uma das menores participações em gasto público em saúde do mundo (Fenasaúde, 2023), o que torna a gestão adequada desses recursos mais desafiadora, especialmente considerando o alto custo de introdução de novas tecnologias e medicamentos, somados ao surgimento de novas enfermidades (Scarpin, 2015) e a mudança no perfil demográfico da população (Fenasaúde, 2023), configurando-se como grandes desafios para a sustentabilidade do fornecimento a saúde, sobretudo no que hoje é reconhecido por muitos como a política de maior inclusão social implementada no país (Scarpin, 2015).

2.2. Saúde Suplementar

Através do Decreto Lei nº 73 de 21 de novembro de 1966, foram reguladas as atividades de seguros no país, incluindo o seguro-saúde, que discriminava a cobertura de assistência médica. Contudo, a formalização da saúde suplementar no Brasil foi de fato definida pela Constituição Federal de 1988, que declarou a saúde como dever do Estado, mas liberou as iniciativas privadas nesse âmbito. A saúde suplementar se apresenta como uma alternativa aos serviços assistenciais de saúde públicos e constitui um importante setor da economia brasileira, além de ser um dos maiores sistemas privados do mundo (ANS, 2021). Todavia, foi somente em 1998, por meio da Lei

nº 9656, que a regulamentação para esse setor se estabeleceu, com a criação posterior da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei nº 9.961/2000).

A ANS é vinculada ao Ministério da Saúde e sua função é a de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, por meio da criação de normas, controle e fiscalização dos segmentos do mercado suplementar e suas OPSs.

Segundo dados da CNSEG (2023), cerca de 87 milhões de beneficiários tinham acesso à saúde suplementar (tanto planos de assistência médica quanto planos exclusivamente odontológicos). Ademais, no ano de 2022, a arrecadação total do setor foi de R\$ 262,8 bilhões de reais em prêmios emitidos, o que corresponde a uma receita de 42,46% do total do mercado segurador, garantindo participação de 2,7% desse setor no PIB nominal (CNSEG, 2023).

O artigo 4º da Lei de nº 9.961/00, lei que determina a criação da ANS, traz as competências da referida autarquia, incluindo disposições sobre o ressarcimento das operadoras de saúde ao SUS. Dentre as principais atribuições, compete à ANS estabelecer normas para ressarcimento ao SUS, fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação, bem como aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação.

Ainda, é válido complementar que no mercado de saúde suplementar existem 5 principais modalidades organizacionais cujos aspectos abrangem diferentes estruturas e usuários, sendo elas as cooperativas médicas, as autogestões, as medicinas de grupo, as filantropias e as seguradoras especializada em saúde. A cooperativa médica é uma associação de pessoas jurídicas sem fins lucrativos constituída por uma coletividade de médicos. Por sua vez, a filantropia, além de não visar lucro, precisa ter certificação atestando se tratar de uma entidade beneficente. Adicionalmente, a autogestão também não tem fins lucrativos e é uma associação que visa prestar serviços somente a seus colaboradores. Já, as seguradoras especializadas em saúde possuem fim lucrativo e comercializa planos de assistência médica. Finalmente, as medicinas de grupo compreendem as entidades que operam planos de assistência à saúde, mas que não se encaixam nas modalidades anteriores, sendo que elas também possuem o lucro como fim social (ANS, 2023).

A próxima seção discorrerá sobre o funcionamento da política de ressarcimento tal como determinada pela Lei nº 9.656/98.

2.3. Lei De Ressarcimento Ao SUS

Através da medida provisória nº 2177-44 do ano de 2001, foi acrescentado o artigo 32 à Lei nº 9.656, que determina o ressarcimento das operadoras de assistência à saúde ao SUS. Segundo este, as OPSs devem ressarcir o SUS quando os seus beneficiários utilizarem a rede pública em procedimentos cobertos pelo seu plano de saúde, visando a evitar o enriquecimento sem causa das operadoras que já haviam recebido dos beneficiários os valores de custeio dos atendimentos. Além disso, o normativo expõe que tal processo se dará por meio da supervisão da ANS.

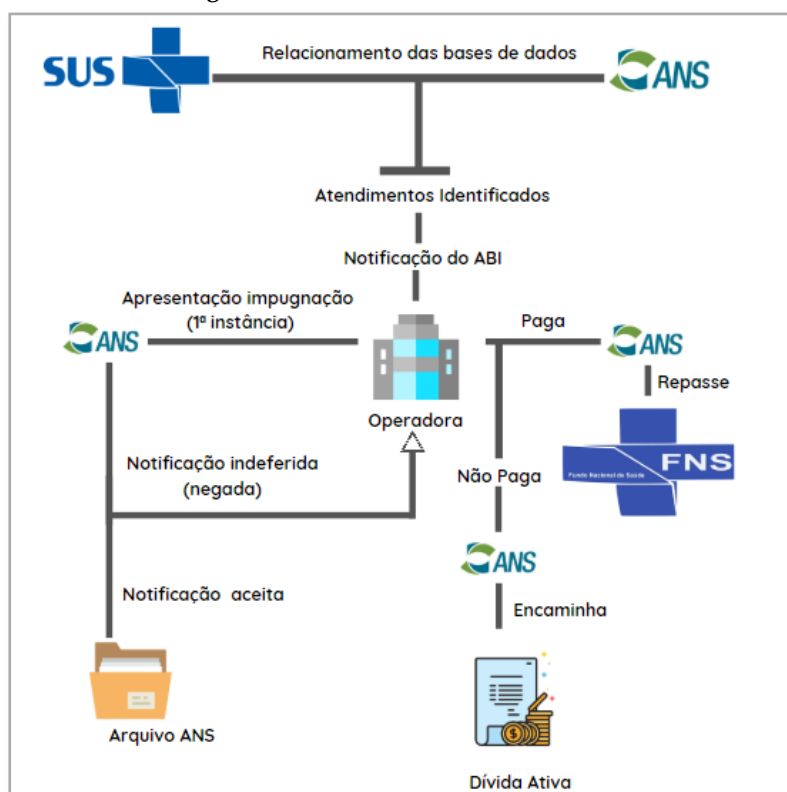
Todos os procedimentos que devem ser ressarcidos são discriminados pela ANS, e esse pagamento deve ser realizado até o 15º dia da data de recebimento da notificação de cobrança, segundo o terceiro inciso da lei. Todos os pagamentos que não forem efetuados nesta data terão as seguintes penalidades: juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração e multa de mora de dez por cento. Adicionalmente, os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos (Lei 9.656, art. 32).

A lei também discrimina que serão objetos dos ressarcimentos os atendimentos de urgência, emergência, internação, entre outros. Não obstante, os valores a serem cobrados não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras, sendo toda arrecadação ressarcida e suas penalidades revertidas ao Fundo Nacional de Saúde.

É determinado pela lei que quando um beneficiário de plano de saúde é atendido na rede pública, é de responsabilidade da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da ANS a identificação deste, relacionando as bases de dados dos atendimentos prestados no SUS (o DATASUS) com os cadastros de beneficiários dos planos de saúde, geridos pela ANS. Com os atendimentos já identificados, a agência notifica as operadoras com o Aviso de Beneficiário Identificado (ABI). A operadora pode apresentar impugnação - quando os beneficiários não estejam cobertos contratualmente no procedimento feito ou por outro motivo - e se o pedido for deferido, a ABI é arquivada, caso não seja, é notificada novamente. Se o montante for pago, o valor é repassado ao Fundo Nacional de Saúde. Em caso contrário e passados 75 dias de notificação persistindo a inadimplência, é feito o encaminhamento à Dívida Ativa e inscrição no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais (CADIN).

O processo de ressarcimento pode ser melhor entendido pela Figura 2.

Figura 2 – O Processo de Ressarcimento ao SUS

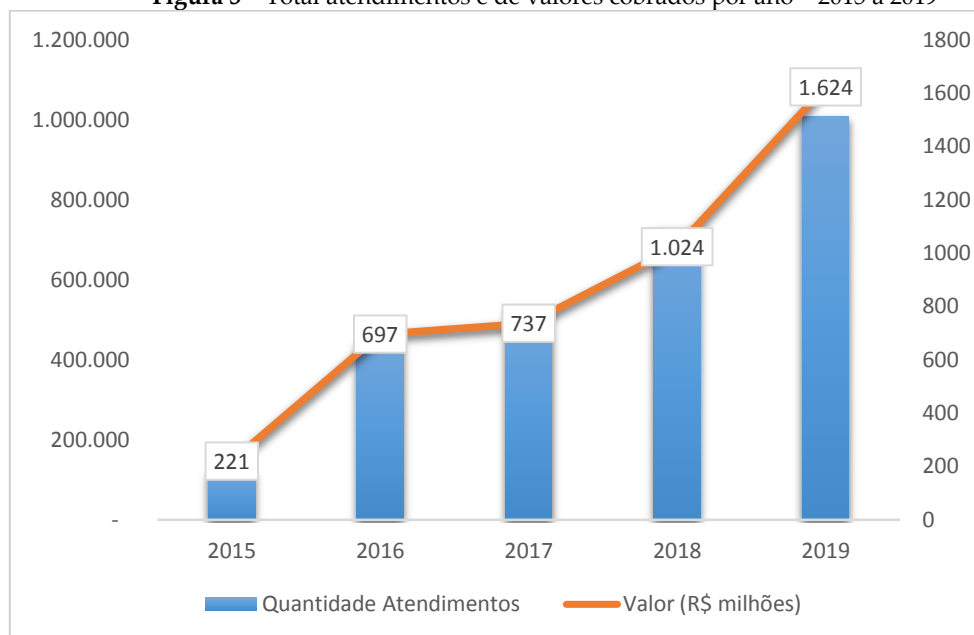


Fonte: Elaborado pelo autor e adaptado de ANS (2020)

Freitas (2011) fez um estudo sobre a efetividade do ressarcimento ao decorrer dos anos e chegou à conclusão que apenas 22% dos valores cobrados são de fato ressarcidos nos anos estudados (1999 a 2006), mostrando pouca eficácia da medida. Silva (2013) expôs que parte dessa inefetividade foi atribuída aos âmbitos jurídico, institucional e operacional. Adicionalmente, o mesmo autor ainda afirmou que novas reformas para aperfeiçoamento da medida devem ser feitas.

Segundo dados do próprio boletim de ressarcimento da ANS, desde o início do ressarcimento até 2022 já foram cobrados cerca de R\$ 9 bilhões, para uma quantia milionária de procedimentos no SUS (ANS, 2023). A Figura 3 apresenta, além do número total de atendimentos, os valores de ressarcimento efetivamente cobrados entre 2015 e 2019. Por exemplo, apenas nos anos de 2018 a 2019, ocorreram mais de 1,7 milhões de atendimentos e cobrados mais de sendo R\$ 2,65 bilhões, um número consideravelmente expressivo.

Figura 3 – Total atendimentos e de valores cobrados por ano – 2015 a 2019



Fonte: ANS (2020)

Contudo, ao comparar os valores cobrados com os que foram efetivamente pagos em cada ano, é possível ver significativa discrepância, podendo fundamentar de fato a tese de Freitas (2011) – mesmo com percentual maior de pagamento, ainda existe uma dívida bilionária. A Tabela 2 traz os pagamentos das ABIs por ano (de 2016 até 2019) e o montante total gerado por elas a ser ressarcido, mas separando o que foi de fato cobrado através das Guias de Recolhimento da União (GRUs) e comparando o resultado efetivamente pago, trazendo o índice de pagamento para 64%, onde pode-se observar que mesmo incorporando o total pago com o parcelado ainda há um montante expressivo que deveria ter sido ressarcido, sendo de mais de R\$ 2 bilhões se considerados somente a parcela cobrada.

Tabela 1 – Pagamento por ano de lançamento de ABI (em milhões de R\$)

Ano lançamento ABIs	Total Identificado no ano	Total Cobrado (GRUs entre 2001-2019)	VALOR PAGO À VISTA						Total Pago + Parcelado	Índice Efetivo Pagamento
			Anos anteriores	2016	2017	2018	2019	Total		
anos anteriores	5493,35	3338,06	739,90	165,26	113,89	60,80	179,57	1259,42	2021,23	61%
2016	915,49	648,06	-	60,30	93,86	67,82	45,67	267,65	459,38	71%
2017	1490,28	979,69	-	-	173,60	125,49	148,48	447,57	705,76	72%
2018	1327,69	788,83	-	-	-	216,96	175,79	392,75	589,96	75%
2019	1363,79	562,35	-	-	-	-	224,12	224,12	361,33	64%
Total	10590,60	6.316,99	739,90	225,56	381,35	471,07	773,63	2591,51	4137,66	66%

Fonte: ANS (2020)

Por essas razões, Fernandes (2014) assinala uma condição para que esse valor ressarcido tenha alguma expressividade ante a bilionária dotação orçamentária do SUS. Assim, o autor defende que os repasses feitos ao Fundo Nacional de Saúde devam ser aplicados na sub função

Assistência Hospitalar e Ambulatorial, para assegurar que os recursos sejam de fato utilizados na compensação dos gastos ocorridos com os beneficiários.

Entretanto, ao estudar se os valores cobrados às operadoras eram suficientes para cobrir as despesas que o SUS vem tendo, Scarpin (2015) concluiu, em sua amostra dos 20 procedimentos com maior incidência, que mesmo com o alto índice de inadimplência das OPSs, os valores que vêm sendo pagos são suficientes para arcar com as despesas de todos os procedimentos, com exceção dos procedimentos de diagnósticos, atendimento de urgência em clínica médica e tratamento de intercorrências clínicas na gravidez.

Ainda em trabalhos do tema, Costa (2018), ao estudar os impactos econômico-financeiros do ressarcimento para as operadoras, chegou à conclusão de que este exerce um impacto negativo para as OPSs, observando que no ano do estudo, 2014, 7% da necessidade de ativos garantidores correspondia a provisão técnica destinada aos eventos e sinistros a liquidar da parcela do SUS (PESL SUS). Infere-se também que a influência deste passivo das operadoras está relacionada a taxa de utilização dos beneficiários, bem como o percentual de adimplência em relação à obrigação. Já Queiroz (2015), ao avaliar os repasses do ressarcimento ao SUS, concluiu que o efeito no que tange a medida ainda é tímido, destacando o baixo montante ressarcido frente a totalidade da cobrança.

Finalmente, Silva (2015) também analisou o ressarcimento, e considerando os avisos recebidos, concluiu que fatores como a região de atendimento, tipo de contrato, tempo de internação e mais, exercem efeitos sobre o ressarcimento.

Além dessa questão, há trabalhos relacionados ao tema que se dedicaram ao estudo da constitucionalidade do ressarcimento, como Mazza (2010) em seu artigo sobre os aspectos inconstitucionais do Ressarcimento ao SUS, que afirma que se a saúde é direito de todos e dever do Estado, o ressarcimento trata-se de uma contribuição social que foi instituída em discordância da Constituição Federal.

Defendendo também a inconstitucionalidade em seu estudo, Gramstrup (2015) afirma que o beneficiário ao utilizar o SUS não comete ato ilícito ou danoso, já que é seu direito. Nesse âmbito, o autor explica que “[...] a própria denominação “ressarcimento” é terrivelmente equivocada. Não houve dano algum, logo não há falar em reparação” (Gramstrup, 2015, p.6).

A própria Confederação Nacional de Saúde (CNS) solicitou ao Supremo Tribunal Federal a inconstitucionalidade do ressarcimento por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade de número 1931, alegando que era uma tentativa do Estado de transferir para as operadoras seu dever de fornecer saúde a todos.

As operadoras também se mostram contra a medida, alegando que são os próprios beneficiários que optam pelo sistema único de saúde, sendo que podem ser atendidos pela rede credenciada - em conformidade com o que Dias (2012) afirmou - e que a medida nada mais é que outra maneira de financiamento da entidade. Isso pode ser reforçado pelo fato de que muitas OPSs alegam que os valores cobrados, que vêm da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), são superiores aos valores pagos para suas redes credenciadas de prestações de serviços (Freitas, 2011). Se essa informação for verdadeira, vai de desencontro com a própria lei do ressarcimento, que em seu §8º determina que esses valores ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS nem superiores aos praticados pelas OPSs, gerando outra ilegitimidade na cobrança.

Tibúrcio (2011), por sua vez, afirma que essa concepção é errônea e a cobrança é legal, sim, e que não há financiamento a ANS, já que a cobrança é apenas uma questão de praticidade, ao seu ver, e que o ressarcimento não se destina a ela. Defende que a incumbência é de cunho social e preserva a coletividade, e que a vedação do enriquecimento sem causa é apenas um dos

fundamentos da obrigação, refletindo responsabilidade das operadoras frente aos custos de manutenção da saúde pública.

Embora ainda hoje exista muita discussão nesse âmbito, em 2018, o Supremo Tribunal Federal por meio da sessão plenária 7.2.2018, reconheceu efetivamente a constitucionalidade do artigo 32, pois entendeu que se o usuário utiliza o SUS, ocorre o benefício financeiro da operadora e enriquecimento indevido do setor privado. Não obstante, os ministros alegaram ainda a importância do ressarcimento como fonte de receitas para o financiamento da seguridade social.

Essa medida compõe a agenda de prioridades da ANS, de modo que ela própria se manifesta sobre o assunto dizendo que é um importante instrumento regulatório das atividades de controle do mercado setorial, protegendo os consumidores de planos de saúde, com o papel de impedir a prática de condutas abusivas das operadoras (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo tem como objetivo identificar quais são os fatores que influenciam na inadimplência das operadoras de saúde em relação ao ressarcimento ao SUS. Para desenvolvê-lo, foi empregado como base da análise o ano de 2019, utilizando o Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS - IEP (antigo Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS), publicado pela ANS e referente a dezembro de 2019. Por opção metodológica, tal como discorrido na seção introdutória, optou-se por não incluir os anos sob o efeito da pandemia de Covid, na medida em que a excepcionalidade inerente à pandemia de Covid poderia conduzir à não discriminação adequada do perfil das OPS que já vinham inadimplindo frente às demais, produzindo resultados que carregariam este viés.

Assim, tal índice, divulgado regularmente pela ANS, foi definido através da RN 427/2017 e afere o percentual de pagamento ao SUS em relação ao total de débitos do ressarcimento efetivamente cobrados:

$$IEP = \frac{\text{Valores Pagos} + \text{Valores em parcelamento}}{\text{Valores cobrados com GRU emitida}} \quad (1)$$

Para o estudo em questão, foram classificadas como inadimplentes as operadoras que apresentaram IEP diferente de 100%, atribuindo-lhes o valor 1. Para as adimplentes, atribuiu-se o valor 0.

O IEP traz o universo de todas as operadoras que já foram cobradas na história do ressarcimento, de modo que para alcançar a amostra final empregada, selecionaram-se apenas as operadoras que estavam ativas na data base, possuíam beneficiários e cujas demonstrações contábeis haviam sido declaradas e constavam no Documento de informações Periódicas (DIOPS) da ANS referente ao quarto trimestre do ano de 2019 – obtendo um total de 637 operadoras aptas ao estudo.

Tais classificações foram retiradas de relatórios da ANS disponíveis no Portal Brasileiro de Dados Abertos - que contém informes e bases de dados sobre diversos órgãos públicos, sendo utilizados os de “Cadastros das Operadoras Ativas”, “Cadastros das Operadoras Canceladas”, o DIOPS como já explicitado e ainda, para informações do banco de dados, o de “Características dos Planos de Saúde Suplementar”.

3.1. Definição Das Variáveis

No material supracitado, foram coletadas informações sobre as características qualitativas das operadoras, além de aspectos econômico-financeiros (retirados do DIOPS) com a finalidade de explorar diversas esferas para o tema, sejam contábeis ou organizacionais. Neste âmbito, o escopo de covariáveis passíveis de explicar a inadimplência das OPS foi levantado com base na literatura. Discorrendo mais detalhadamente sobre a escolha das variáveis organizacionais, Pauxis (2015) apontou que o porte da operadora pode se apresentar como variável relevante, assim como diversos pesquisadores apontaram a modalidade como covariável igualmente importante (Clemente, 2016; Silva & Loebel, 2016; Xavier, 2017). Adicionalmente, Xavier (2017) também propõe o uso da sede da operadora como variável a ser explorada. Por fim, outro aspecto considerado foi a região de comercialização, determinada pela ANS através da Resolução Normativa nº 451 (Xavier, 2017; Silva, 2020). No tocante especificamente à região, Xavier (2017) explana que a política de isenções e impostos em determinadas regiões pode também influenciar o resultado e a forma de gestão das OPSs.

A Tabela 2 apresenta o detalhamento das variáveis organizacionais.

Tabela 2 – Descrição de variáveis organizacionais e autores que as utilizaram

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	AUTORES
Modalidade	Classificação de acordo com seu estatuto jurídico, sendo as operadoras observadas divididas em: - Cooperativa Médica; - Autogestão; - Medicina de Grupo; - Odontologia de Grupo; - Filantropia; - Seguradora Especializada em Saúde.	Clemente (2016) Silva & Loebel (2016) Xavier (2017)
Porte	Classificação pela ANS da operadora de acordo com a quantidade de beneficiários com vínculo ativo no mês do SIB (sistema que contém dados cadastrais dos beneficiários de planos de saúde no Brasil) referente: - Grande: acima de 100 mil beneficiários; - Médio: de 20 mil a 100 mil beneficiários; - Pequeno: abaixo de 20 mil beneficiários.	Pauxis (2015)
Região da Sede	Região do endereço da sede da operadora, utilizado com base no Estado identificado no relatório de cadastro	Xavier (2017)
Região de comercialização	Área onde a operadora comercializa ou disponibiliza seu plano de saúde, classificada pela ANS em: - Região 1: todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia; - Região 2: estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1; - Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o estado de São Paulo; - Região 4: no Município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba ou de Brasília;- Região 5: em grupo de municípios, excetuando os definidos na região 4; e - Região 6: em um único município, excetuando os definidos na região 4.	Xavier (2017) Silva (2020)

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

No tocante aos aspectos econômico-financeiros e patrimoniais, os indicadores contábeis permitem que se possa avaliar a solvência e saúde financeira da entidade analisada. Segundo Viana *et al.* (2012), podemos dividir os mesmos em 4 categorias: indicadores de rentabilidade, liquidez, capital e operacional (estrutura de custos), sendo os de rentabilidade, segundo o próprio, os mais relevantes pois permitem mensurar o retorno do investimento. Lins e Francisco (2012) definem os indicadores de liquidez como a aptidão da empresa pagar suas obrigações de curto prazo, isto é, em até 1 ano, e os de capital como meios de evidenciar a intensidade com a qual a empresa utiliza os recursos de terceiros, avaliando a composição entre recursos próprios e de terceiros no financiamento total. Viana *et al.* (2012), afirmam que os indicadores operacionais possibilitam a análise do desempenho da empresa e suas necessidades de investimento no capital de giro. Já Almeida (2019) explana que o objetivo principal dos indicadores usado na estrutura de capital é analisar o endividamento da entidade, verificando como os capitais de terceiros (passivo circulante e não circulante) se relacionam com os investimentos feitos pela entidade. As formulações foram usadas com base no trabalho de Viana *et al.* (2012) e das classificações demonstradas nas publicações da ANS.

Tabela 3 – Categorias, indicadores contábeis e formulação

CATEGORIA DO INDICADOR	VARIÁVEL	FORMULAÇÃO
Liquidez	Liquidez Corrente (LC)	Ativo Circulante / Passivo Circulante
	Liquidez Seca (LS)	(Ativo Circulante – Custo de Aquisição e Despesas Diferidas) / Passivo Circulante
Estrutura de Capital	Relação Capital de Terceiros e Próprio (RCTP)	(Passivo Circulante + Não Circulante) / Patrimônio Líquido
	Endividamento Total (ENDIV)	Passivo / Ativo
	Endividamento Curto Prazo (ENDIVCP)	Passivo Circulante / Ativo
Rentabilidade	Retorno sobre o ativo (ROA)	Lucro Líquido / (Média do Ativo nos dois últimos períodos)
	Retorno sobre o PL (ROE)	Lucro Líquido / (Média do Patrimônio Líquido nos dois últimos períodos)
	Margem Líquida (ML)	Lucro Líquido / Contraprestações Efetivas
	Margem Financeira (MF)	Resultado Financeiro Líquido / Contraprestações Efetivas
Estrutura de Custos	Sinistralidade (SINIS)	Eventos Indenizáveis Líquidos / Contraprestações Efetivas
	Índice Combinado (IC)	(Despesas Administrativas + Despesas de Comercialização + Outras Despesas Op – Outras Receitas Op + Eventos Indenizáveis Liq.) / Contraprestações Efetivas
	Índice de Despesas de Comercialização (DC)	Despesas de Comercialização / Contraprestações Efetivas
	Índice de Despesas Administrativas (DA)	Despesas Administrativas / Contraprestações Efetivas

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

3.2. Tratamento Dos Dados

Com vistas a identificar os determinantes que influenciam na inadimplência das operadoras de saúde em relação ao ressarcimento ao SUS, foi elaborado um modelo regressivo logístico em que o IEP era explicado pelo vetor de covariáveis organizacionais e econômico-contábeis detalhados anteriormente.

A regressão logística é uma técnica destinada a descrever o comportamento entre uma variável dependente binária e variáveis independentes. Fávero e Belfiore (2017) a definem como uma técnica que permite identificar características dos elementos pertencentes a cada grupo determinado pela variável categórica e aferir a probabilidade de ocorrência de um evento - atribuindo um para a possibilidade de sucesso e zero para fracasso. Considerando que a variável dependente do estudo é qualitativa e binária (a chance de estar adimplente ou inadimplente), o modelo se adequa aos objetivos propostos.

No modelo de regressão logística, seja Y uma variável aleatória binária que apresenta dois resultados (1 para ocorrência do evento e 0 para a não ocorrência do evento) e $X = [X_1 \dots X_k]$ o vetor de covariáveis explicativas com $i = 1, \dots, k$. Logo, a probabilidade de materialização do evento condicionada ao vetor de covariáveis é tal que:

$$P(Y = 1|X) = \frac{1}{1+e^{-(Z)}}, \quad (2)$$

em que Z é conhecido como *logit* e é expresso com uma combinação linear entre as covariáveis:

$$Z = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k, \quad (3)$$

sendo:

p = probabilidade de ocorrência do evento de interesse;

α = a constante a ser estimada;

β_i = parâmetros estimados para a i -ésima variável explicativa do modelo;

X_i = i -ésima variável explicativa do modelo.

O termo $\ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$ é chamado de *logit*, ao passo que $\left(\frac{p}{1-p}\right)$ representa a chance (*odds*) de ocorrência do evento de interesse.

É importante ressaltar que por se tratar de um modelo de regressão logística, a estimação é feita por máxima verossimilhança e não por mínimos quadrados ordinários, o que implica que ela é mais leniente no que diz respeito aos seus pressupostos. Neste âmbito, conforme explicado por Healy (2006), as únicas hipóteses da regressão logística são de que o *logit* é uma combinação linear das variáveis explicativas, a variável dependente é dicotômica e que não haja *outliers*. Mais especificamente, dada a característica da variável independente, a estimação por mínimos quadrados ordinários não é recomendada, dada que ela violaria várias hipóteses deste outro modelo, como a homoscedasticidade dos resíduos e normalidade dos dados (Peng et al., 2002).

Para garantir que o modelo se encontra bem ajustado, foi feito o teste de bondade de ajuste de Hosmer Lemeshow, bem como estimado a área abaixo da curva *Receiver Operating Characteristic Curve* (ROC).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Análise Descritiva

Após a etapa de coleta de dados, iniciando a análise objeto do estudo foram elaboradas as estatísticas descritivas das variáveis. Preliminarmente, como representado na Tabela 4, foram destacadas as médias para cada variável, e como medidas de dispersão os desvios padrão e os coeficientes de variação, além dos valores mínimos e máximos das amostras. Os dados foram segregados por categoria (entre adimplentes e inadimplentes).

Para o coeficiente de variação (CV) entende-se que quanto mais próximo de zero, menor a dispersão dos dados em relação a sua média e a amostra é mais homogênea, o que não ocorre para a maioria dos casos apresentados - com exceção do Índice Combinado e Sinistralidade. O CV das demais variáveis aponta que os dados para as operadoras são heterogêneos e de alta variabilidade (quando analisado em relação à média), como visto nitidamente para o ROE, por exemplo, denotando variabilidade expressiva no retorno para os acionistas na amostra estudada. Cabe ainda destacar que para as operadoras de saúde analisadas, existe em média uma alta participação de capital de terceiros em seu patrimônio líquido, além de apresentarem um Índice Combinado bem expressivo, que indica que as despesas no ano de estudo têm sido quase tão altas quanto as contraprestações.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas dos indicadores contábeis referentes à amostra, por situação da OPS quanto à adimplência junto ao SUS

Variáveis	ADIMPLENTES						INADIMPLENTES						Teste WMW PROB
	Mé-dia	Des-vio pa-drão	Coefi-ciente de Variação	Míni-mo	Máxi-mo	Obs	Mé-dia	Des-vio pa-drão	Coefi-ciente de Variação	Míni-mo	Máxi-mo	Obs	
SINIS	0,81	0,19	0,23	0,01	1,78	171	0,78	0,14	0,18	-0,09	1,60	466	0,0087*
LC	4,33	11,10	2,57	0,24	140,73	171	1,96	1,39	0,71	0,01	17,24	466	0,0000**
LS	4,33	11,10	2,57	0,24	140,73	171	1,96	1,39	0,71	0,01	17,24	466	0,0000**
RCTP	1,03	5,05	4,89	-30,39	56,48	171	2,03	17,03	8,37	-87,27	333,59	466	0,0000**
IC	0,98	0,17	0,17	0,32	1,88	171	0,98	0,17	0,18	0,27	3,74	466	0,1949
ML	0,08	0,36	4,24	-0,51	4,36	171	0,02	0,18	7,26	-2,70	0,74	466	0,0899*
MF	0,07	0,40	6,18	-0,30	5,24	171	0,01	0,09	8,17	-0,70	1,39	466	0,0000**
DA	0,25	0,62	2,50	0,00	6,80	171	0,19	0,30	1,57	-0,27	4,17	466	0,5830
DC	0,01	0,04	3,25	0,00	0,40	171	0,01	0,02	1,60	0,00	0,15	466	0,0000**
ENDIV	0,43	0,26	0,60	0,01	1,93	171	0,58	0,55	0,95	0,05	11,09	466	0,0000**
EN-DIVCP	0,33	0,22	0,66	0,01	1,85	171	0,42	0,32	0,76	0,03	5,98	466	0,0000**
ROA	0,07	0,16	2,38	-0,72	0,91	171	0,04	0,18	4,26	-1,80	0,48	466	0,6993
ROE	0,05	0,21	4,13	-1,24	1,28	171	0,03	0,50	14,66	-6,55	2,29	466	0,1423

Nota: *, **, *** / Significância a 10%, 5% e 1%

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Complementarmente, analisando os cenários em categorias desmembradas, fica visível que para as operadoras inadimplentes a situação se torna mais agravada em alguns indicadores. Como esperado, ROA e ROE são em média, superiores para as OPSs que não estão inadimplentes junto ao SUS, embora ao contrário do previsto, a sinistralidade das operadoras inadimplentes foi um pouco inferior ao das demais. Complementarmente, o IC médio se manteve idêntico para ambas as categorias, ainda que o valor máximo observado nele seja maior nas OPSs inadimplentes.

É imprescindível ressaltar que os índices de liquidez aparecem positivos para as duas categorias. Contudo, tal como verificado, em termos médios, as adimplentes possuem uma liquidez superior às inadimplentes - o que indica que a capacidade de pagar as dívidas também é maior, embora o coeficiente de variação para elas seja bastante elevado.

Por sua vez, os índices de endividamento, em termos médios, tal como esperado, é inferior para as operadoras adimplentes, mostrando, que as operadoras que possuem dívida para com o

ressarcimento também têm mais dívida no curto prazo e total. Outro ponto de interesse é que é possível constatar que a participação média do capital de terceiros em relação ao PL é o dobro para OPSs inadimplentes. Além disso, tem-se que para as operadoras que estão com dívida, vê-se menor margens líquida e financeira, o que sugere possível menor lucratividade. Por fim, pode-se afirmar que no geral, as operadoras inadimplentes junto ao SUS têm dados mais dispersos, visto que grande parte das altas variações no CV vêm dessa categoria, implicando OPSs com comportamento mais heterogêneos. Ainda assim, elas apresentam uma saúde financeira mais deteriorada.

Ainda na Tabela 4, tem-se a aplicação do teste não paramétrico de Willcoxon-Mann-Whitney sobre as variáveis, que testa se há diferenças estatisticamente significativas na distribuição das variáveis entre as operadoras inadimplentes e adimplentes. Como resultante nota-se que apenas para o Índice Combinado, Índice de despesas administrativas, ROA e ROE que a hipótese nula (igualdade entre inadimplentes e adimplentes) não foi rejeitada a um nível de significância de 10%, ressaltando o comportamento diferente das distribuições das demais variáveis entre os grupos analisados.

Complementando a análise descritiva, procedeu-se ao cálculo da matriz de correlações de Pearson, bem como o teste paramétrico associado a ela em que se testa a hipótese nula de que a correlação de Pearson entre duas variáveis na população é igual a 0. Segundo Gujarati e Porter (2011), a correlação de Pearson tem como desígnio medir o grau de associação linear entre duas variáveis. Coeficientes entre 0 e 1 indicam associação linear positiva; coeficientes entre -1 e 0 indicam associação linear negativa. Quanto mais próximo de zero, mais fraca é a associação; quanto mais próxima de -1 ou de 1, mais forte é a relação.

Tabela 5 – Matriz de correlação dos indicadores contábeis das OPSs

	IC	LC	LS	RCTP	ML	MF	DA	DC	ENDIV	ENDIVCP	ROA	ROE	SINIS
IC	1												
LC	0,1612***	1											
LS	0,1611***	1***	1										
CTP	0,0183	-0,0216	-0,0216	1									
ML	-0,4352***	0,7167***	0,7167***	-0,0189	1								
MF	0,2586***	0,894***	0,894***	-0,0045	0,735***	1							
DA	0,0211	-0,0225	-0,0225	0,0381	-0,0714*	-0,0514	1						
DC	-0,0706*	-0,0663*	-0,0668*	0,0003	0,036	-0,0087	0,1704***	1					
DIV	0,0862**	-0,1562***	-0,1563***	0,0373	-0,2327***	-0,1868***	0,0541	0,0477	1				
ENDIVCP	0,1228**	-0,1921***	-0,1922***	0,0238	-0,2373***	-0,1637***	0,0287	0,0855**	0,9031***	1			
ROA	-0,4306***	0,0942**	0,0943**	-0,0159	0,4188***	0,1257**	-0,0745*	-0,1478***	-0,4861***	-0,4086***	1		
ROE	-0,2026***	0,0263	0,0264	0,0934**	0,1313***	-0,011	-0,0293	-0,1071***	-0,0623	-0,1376***	0,3413***	1	
SINIS	0,4924***	0,2535***	0,2535***	0,0017	-0,0699*	0,2855***	-0,2997***	-0,1365***	0,0002	0,0172	-0,2193***	-0,1137***	1

Nota: *, **, *** / Significância a 10%, 5% e 1%

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

Verifica-se, por meio da Tabela 5, que a maioria das correlações se mostrou estatisticamente significativas a um nível de significância de 1%, mostrando que há uma relação de dependência observada entre as variáveis que pode ser inferida para toda a população. Tal como era esperado, a maioria das correlações se comportou tal como previsto pela literatura. Por exemplo, quanto maior a sinistralidade, maior o índice combinado, ou quanto maior o endividamento de curto prazo, menor a liquidez corrente.

No que diz respeito às variáveis qualitativas, pode-se determinar que a amostra da população de operadoras é composta majoritariamente por operadoras inadimplentes e de porte pequeno (52%). A modalidade predominante é a Cooperativa Médica, embora autogestão tenha mais OPSs adimplentes. Em 60% das operadoras de saúde, a sede é localizada na região sudeste, porém a região centro-oeste é a que tem porcentagem menor de operadoras inadimplentes. Foi detectado também que 58% das operadoras estudadas atuam na região 5 de abrangência, o que significa que são apenas de atuação municipal, destacando também a pouca participação de operadoras de abrangência nacional na amostra.

4.2. Modelo Logístico

Após a análise descritiva, apresentam-se os resultados do modelo logístico, considerando-se as variáveis sugeridas pela ferramenta *Backward Stepwise* (vide Tabela 6), isto é, liquidez seca, porte e modalidade.

Tabela 6 – Resumo dos resultados do modelo logístico sugerido pela ferramenta *Stepwise*

Variáveis	Coefficiente	Odds Ratio	P > z
Liquidez Seca	-0,1840768	0,831871914	0,000***
Porte Grande	1,043425	2,838923696	0,000***
Porte Médio	0,5425719	1,720425941	0,001***
Modalidade Cooperativa Médica	1,754256	5,779146457	0,008***
Modalidade Medicina em Grupo	1,463823	4,322452718	0,003***
Modalidade Filantropia	1,412636	4,106766585	0,015**
Intercepto	-0,407065	0,665600925	0,889
<i>LR chi2(6)</i>		119,25	
<i>Prob > chi2</i>		0,000	
<i>Pseudo R2</i>		0,1609	

Nota: *, **, *** / Significância a 10%, 5% e 1%

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Denota-se que, examinando os resultados obtidos da regressão apresentada na Tabela 6, a única variável econômico-financeira que permaneceu significativa no modelo *backward stepwise* foi a liquidez seca, indicando que as operadoras que possuem um grau de liquidez seca mais elevado e conseguem honrar seus compromissos a um prazo mais curto possuem menos chances de se tornarem inadimplentes em relação ao ressarcimento, conforme esperado.

As demais variáveis significativas foram obtidas através de *dummies* por serem todas de característica qualitativa. Para a variável porte, foi usada como referência a categoria de porte pequeno, de modo que é possível observar que estas possuem menor chance de inadimplir que as operadoras de porte médio ou grande. O *Odds Ratio* do modelo revela que tudo o mais mantido constante, uma operadora de porte grande tem 183,89% de chance superior em relação à OPS de porte pequena de ser inadimplente junto ao SUS. Não obstante, uma OPS de porte médio, tem

72,04% aproximadamente mais chance de ser inadimplente junto aos SUS em relação a uma de porte pequeno, *coeteris paribus*.

Tal resultado vai em desacordo com o que se vislumbra na literatura (Pauxis, 2015) e com o senso comum, onde se espera que operadoras de porte maior consequentemente tenham maior receita e melhores condições organizacionais e financeiras para honrar seus compromissos, tendo, portanto, maior probabilidade de sobrevivência (Pauxis, 2015). Contudo, os resultados apresentados se mostram extremamente temerários, na medida em que denotam que justamente aquelas que devem apresentar maior capacidade de honrar com os seus compromissos, são justamente aquelas que não o estão fazendo, mostrando um problema regulatório que a ANS deverá considerar em sua pauta regulatória.

Quanto às modalidades das OPSs, a categoria referência foi a autogestão, revelando que se comparadas a ela, tanto as modalidades de cooperativa médica, medicina em grupo e filantropia possuem altas chances de se tornarem inadimplentes perante a ANS no tocante ao ressarcimento ao SUS. A única modalidade que não se apresentou significativa foi a Seguradora Especializada em Saúde, reforçando a teoria de Costa (2018). Segundo o referido autor, esse segmento é o menos afetado pelo ressarcimento pois tem uma utilização baixa. Costa (2018) conjecturou que isso pode ser explicado pelo perfil etário dos beneficiários, dado que a modalidade era a que apresentava menor proporção de idosos. Adicionalmente, pode-se argumentar que a própria oferta do serviço nas seguradoras especializadas em saúde é diferente das demais OPSs.

É mister acrescentar que diferentemente do trabalho de Silva (2020), que encontrou evidências que OPSs de abrangência estadual e nacional possuem maiores chances de inadimplência, este trabalho não encontrou significância estatística para esta variável.

Ademais, o modelo resultante foi bem-sucedido no teste da bondade do ajuste (*Goodness of fit*).

Conforme Fávero e Belfiore (2017) explicam, o teste avalia se há diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e esperadas dos números de observações, sendo a hipótese nula de que não haja essas diferenças. Portanto, usando essa métrica e considerando um nível de significância de 5%, a regressão utilizada está bem ajustada.

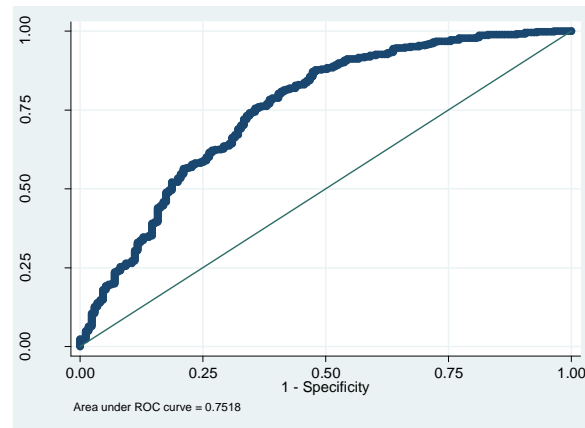
Tabela 7 – Teste de Bondade do Ajuste

Pearson		Hosmer-Lemeshow	
<i>Número de observações</i>	637	<i>Número de observações</i>	637
<i>Número de covariáveis padrões</i>	637	<i>Número de grupos</i>	10
<i>Pearson chi2(630)</i>	639,21	<i>Hosmer-Lemeshow chi2(8)</i>	5,09
<i>Prob > chi2</i>	0,3909	<i>Prob > chi2</i>	0,7479

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Em seguida, apresenta-se o gráfico da curva ROC (*Receiving Operating Characteristic*), que relaciona a sensibilidade e especificidade da regressão. Tais referências dizem respeito a assertividade do modelo para o evento de interesse e para a não ocorrência do evento de interesse (respectivamente). Este é um indicador substancial pois traz os efeitos da eficiência global do modelo de regressão independentemente do *cutoff* escolhido. Quanto maior o poder preditivo do modelo, maior a curva ROC.

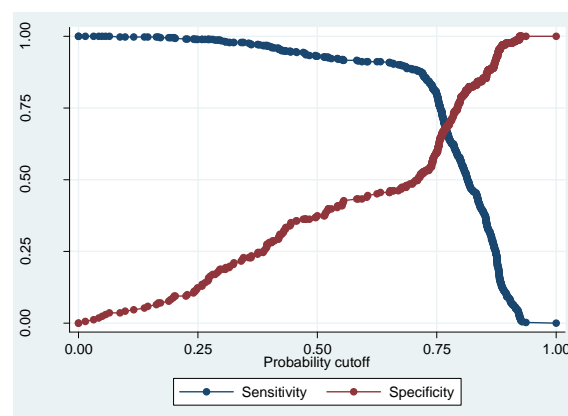
Figura 4 – Curva ROC



Fonte: Elaborado pelos autores (2013)

De acordo com a Figura 4, o estudo em questão apresentou área abaixo da curva ROC – ou a eficiência global do modelo - de 0,75 o que, segundo a classificação de Fávero e Belfiore (2017), garante uma discriminação aceitável.

Figura 5 - Sensitividade x Especificidade



Fonte: Elaborado pelos autores (2013)

Na Figura 5, observa-se a curva de sensibilidade e especificidade que mostra intersecção próxima ao ponto 0,75, o mesmo utilizado para estabelecer o *cutoff* do modelo para a sua classificação e matriz de confusão, apresentado na Tabela 8. O ponto de corte escolhido garante que haja uma boa assertividade tanto na sensibilidade quanto na especificidade do modelo.

Tabela 8 – Tabela de Classificação	
<i>Classificação</i>	
Sensitividade	79,83%
Especificidade	59,65%
Classificadas corretamente	74,41%

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Por meio da Tabela 8, verifica-se que o modelo é mais assertivo na previsão do universo dos inadimplentes (sensitividade) em relação aos adimplentes (especificidade) para um ponto de corte de 75%. A assertividade global do modelo foi de 74,41%.

Assim, dados os principais pontos, verifica-se que o modelo em questão conseguiu, com um grau de acurácia adequado, discriminar as OPS inadimplentes das adimplente no tocante ao ressarcimento ao SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como finalidade central detectar quais eram os principais determinantes da dívida das operadoras de saúde em relação ao ressarcimento ao SUS, tema de relevância ímpar em diversos âmbitos.

O trabalho buscou identificar quais eram as principais variáveis organizacionais e econômico-financeiras que eram capazes de discriminar as OPSs adimplentes das inadimplentes no que diz respeito ao ressarcimento ao SUS. Para tanto, trabalhou-se com uma amostra de 637 operadoras com todos os dados referentes ao ano de 2019. Para atingir o objetivo, adotou-se como método a regressão logística.

Foi possível aferir que apesar de constituir maioria relevante dos pontos estudados, as variáveis econômico-financeiras pouco descrevem o modelo, dado que apenas a Liquidez Seca se mostrou significativa na regressão em questão, indicando menor possibilidade de inadimplência junto ao SUS para operadoras cuja capacidade de liquidez a curto prazo é maior. Observou-se também que em relação a modalidade de autogestão e com exceção da modalidade seguradora especializada em saúde, todas as demais possuem maior chance de inadimplirem nesse quesito. Outro achado significativo do trabalho diz que para a amostra estudada, a chance de operadoras de porte pequeno se tornarem inadimplentes é inferior, quando comparadas às de porte médio e grande, contrariando o senso comum.

Logo, é imprescindível que a ANS, por meio de seu papel regulador, garanta que o ressarcimento ao SUS seja efetivamente feito pelas OPSs, na medida em que ele é peça para o financiamento da saúde pública e seu real cumprimento interfere diretamente na vida de várias pessoas que dependem exclusivamente do acesso ao SUS para se tratar.

Contudo, há limitações no trabalho, tanto por carência de dados oficiais que pudessem permitir maior exploração de cenários, como pela possibilidade de aplicar o estudo em outros anos ou com outros modelos estatísticos. Complementarmente, uma sugestão de trabalho futuro envolve a análise da inadimplência do ressarcimento ao SUS no período da pandemia de Covid. Uma pesquisa poderia investigar se a situação de excepcionalidade conduziu a achados diferentes dos encontrados neste trabalho, bem como investigar se a pandemia produziu efeitos duradouros no que diz respeito ao perfil das OPS inadimplentes junto ao SUS.

Por fim, entende-se que o trabalho pôde contribuir para a literatura do tema proposto que, como já manifesto, é pouco difundido e carece de maiores pesquisas que se dediquem ao aprofundamento do ressarcimento ao SUS, visto que a discussão é de suma relevância na busca da resolução de uma matéria que tem afetado tão piamente as Operadoras de Saúde e cujos malefícios reverberam no SUS e consequentemente na sociedade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2018). *STF reconhece constitucionalidade do marco regulatório e reforça papel da ANS*. Recuperado em: 19 jun. 2019, de: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4326-stf-reconhece-constitucionalidade-do-marco-regulatorio>

- ANS. (2023). *Boletim Informativo - Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS*. Recuperado em: 14 out. 2023, de: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/Boletim_de_Ressarcimento_ao_SUS_15a_Ed_r03.pdf
- ANS. (2021). *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Recuperado em: 03 jan. 2021, de: <https://www.ans.gov.br/>
- ANS. (2020). *Boletim Informativo - Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS*. Recuperado em: 16 out. 2020, de: <http://www.ans.gov.br/images/boletim-informativo-ressarcimento-edicao-10.pdf>
- ANS. (2020). *Consulta Pública nº 78 - Proposta de Resolução Normativa que altera a RN nº 358, de 27 de novembro de 2014, estabelecendo o Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia - AIC*. Recuperado em: 29 dez. 2020, de: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-78>
- ANS. (2020). *RESSARCIMENTO: ANS disponibiliza Consulta Pública*. Recuperado em: 29 dez. 2020, de: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sociedade/5907-ressarcimento-ans-disponibiliza-consulta-publica>
- Almeida, M. C. (2019). *Análise das demonstrações contábeis em IFRS e CPC facilitada e sistematizada* (1ª ed.). Atlas.
- BRASIL. (2000). Lei nº 9.658 De 3 De Junho De 2000. Recuperado em: abr. 2019, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm
- BRASIL. (2000). Lei nº 9.961 De 28 De Janeiro De 2000. Recuperado em: abr. 2019, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm
- Clemente, L. M. M. (2016). *Práticas administrativas para sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares- um estudo de múltiplos casos*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
- CNSEG. (2023). *Relatório de Sustentabilidade do Setor de Seguros 2022*. Recuperado em: 15 out. 2023, de: <https://cnseg.org.br/publicacoes/relatorio-de-sustentabilidade-do-setor-de-seguros-2022>
- Costa, J. C. S. (2018). *Os Impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde. 1º Prêmio ANS: Concurso de monografia sobre saúde suplementar*. Recuperado em: 24 nov. 2020, de <http://repositorio.ena.gov.br/handle/1/3594>
- Couri, J. R. (2021). *Os impasses no financiamento do Sistema Único de Saúde na era da mundialização do capital*. Tese (Doutorado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2021.
- Dias, J. C. (2012). *Alguns Aspectos Polêmicos do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em: 14 jun. 2019, de: http://www.amog.org.br/amogarquivos/TCCPOS/Alguns-aspectos-polemicos-do-Ressarcimento-ao-SUS_Julio-Cesar-Dias.pdf

- Fávero, L. P., & Belfiore, P. (2017). *Análise de Dados: Estatística e modelagem multivariada com Excel, SPSS e Stata* (1a ed.). GEN LTC.
- Fernandes, R. B. T. (2015). *O Sistema de Gestão Do Ressarcimento Ao Sus: Análise de Seu Desempenho No Período 2011-2014*. (Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).
- FENASAÚDE. (2023). *Propostas Fenasaúde para o avanço da saúde suplementar brasileira*. Recuperado em: 15 out. 2023, de: https://issuu.com/confederacaocnseg/docs/propostas_fenasa_de_para_o_avan_o_da_sa_de_supleme
- FENASAÚDE. (2018). *Mercado de Saúde Suplementar*. Recuperado em: 25 abr. 2019, de: <http://cnseg.org.br/fenasaude/publicacoes/guias-cartilhas/mercado-de-saude-suplementar-8A8AA89F665DFED301668C3471D858EC.html>
- Freitas, M. A. (2011). *A Avaliação Da Efetividade Da Política De Ressarcimento Ao Sistema Único De Saúde*; (Dissertação de Mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil). Recuperado em: 25 abr. 2019, de: <https://gvpesquisa.fgv.br/teses-dissertacoes/avaliacao-da-efetividade-da-politica-de-ressarcimento-ao-sistema-unico-de-saude>
- Gramstrup, E. F. (2015). *Ressarcimento Ao Sus: Trajetória Epistemológica E Questões Práticas*. Revista Duc In Altum Cadernos de Direito, p. 165-205. Recuperado em: 26 abr. 2019, de: <http://www.faculdedamas.edu.br/revistafd/index.php/cihjur/about/contact>
- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2011). *Econometria Básica* (5a ed.). AMGH Editora Ltda.
- Healy, L.M. (2006). *Logistic Regression: An Overview*. Eastern Michigan University. Recuperado em: 08 nov. 2023, de: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=bb110f17a7b5127aec8c1e302e40b2b3c9ef18a7>
- Lins, L. D. S., & Filho, J. F. (2012). *Fundamentos e análise das demonstrações contábeis: uma abordagem interativa* (1a ed.). Atlas.
- Lopes, E. A. P. (2016). Debates sobre ressarcimento e multas impostas às operadoras de planos de saúde: fontes de recursos para o SUS?. *Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário*, p. 23-42, 1 abr. 2016. Recuperado em: 28 mar. 2019, de: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/179>
- Mazza, F. F. (2010). *Aspectos Inconstitucionais Do Ressarcimento Ao Sus*. Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia, p. 459-487. Recuperado em: 31 mar. 2019, de: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18423>
- Ministério da Saúde. (2019). *Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. Recuperado em 22 abr. 2019, de: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>
- Pauxis, A. R. (2015). *Um Estudo Sobre A Sobrevida Das Operadoras De Planos De Saúde No Mercado De Saúde Suplementar Pós Regulação*. (Dissertação Mestrado em Economia, Universidade Federal do Ceará, Ceará, Brasil). Recuperado em: 13 out. 2020, de: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15333>

- Peng, C. J. et al. (2002). *An introduction to Logistic Regression Analysis and Reporting*. The Journal of Educational Research. Recuperado em: 08 out. 2023, de: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00220670209598786>
- Queiroz, T. F. (2015). *Ressarcimento ao SUS: análise do repasse das operadoras de planos de saúde no período de 2001 a 2012* / Thiago Faustino de Queiroz. (Dissertação mestrado profissional) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Economia, CAEN, Fortaleza, 2015. 42f. Recuperado em: 06 nov. 2023, de: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/19364>
- Scarpin, J. E. et al. (2015). *Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com o repasse do SUS?*. In: XXII Congresso Brasileiro de Custos, Paraná, Brasil. Recuperado em: 13 jun. 2019, de: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4026>
- Silva, I. S. (2020). *Análise do ressarcimento das operadoras de saúde juntos ao Sistema Único de Saúde*. 2020. 47 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Atuariais, Departamento de Finanças e Contabilidade, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Recuperado em: 06 nov. 2023, de: https://www.ufpb.br/atuariais/contents/documentos/tcc_ionnara-tcc.pdf.
- Silva, J. L. M. (2013). *Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança*. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- Silva, V. V. & Loebel, E. (2016). *Análise Do Desempenho Econômico-Financeiro De Operadoras De Planos Privados De Saúde Do Setor Brasileiro De Saúde Suplementar*. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Recuperado em: 4 nov. 2020, de: <https://doi.org/10.21450/rahis.v13i3.3619>
- SUSEP. (2018). *Índice para análise Econômico-Financeira das Supervisionadas em 2018*. Recuperado em: 16 jun. 2019, de: <http://www.susep.gov.br/setores-susep/cgsoa/coaso/arquivos-outros/Indices%20Eco-Fin%20Mercado%20de%20Seguros%202018.pdf/view?searchterm=SEGURADORA>
- Tibúrcio, D. R. (2011). *Ressarcimento ao SUS: uma proposta de delimitação da fonte e do fundamento da obrigação constante do art. 32 da Lei nº 9.656/98*. Recuperado em: 15 jun 2019, de: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9879
- Viana, A. F. et al. (2012). *Um estudo sobre a insolvência das operadoras de planos de saúde*. XXXVI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro. Recuperado em: 4 nov. 2020, de: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_FIN2895.pdf
- Xavier, D. O. (2017). *Variáveis determinantes do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde*. (Dissertação Mestrado em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil). Recuperado em 14 out. 2020, de: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-ANYP9C>